

## CANCERS GASTRIQUES NON RESECABLES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE CHU GABRIEL TOURE BAMAKO

### Non-resecable gastric cancers at the department of general surgery at CHU Gabriel TOURE Bamako

DEMBÉLÉ BT<sup>1\*</sup>, TOGO A<sup>1</sup>, KANTÉ L<sup>1</sup>, TRAORÉ A<sup>1</sup>, DIAKITÉ I<sup>1</sup>, TOUNKARA<sup>1</sup>, COULIBALY Y<sup>1</sup>, SAMAKÉ B<sup>2</sup>, KEITA M<sup>1</sup>, DIALLO G<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Département de chirurgie CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali ; <sup>2</sup> Département d'anesthésie et de réanimation CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali

**Lieux d'étude :** Département de chirurgie CHU Gabriel Touré BP : 267 Bamako Mali ; Tel : 0022320222712/ 0022320230780 ; Fax : 20226090

**Adresse du correspondant:** Dr Dembélé Bakary Tientigui maître assistant en chirurgie générale Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie (FMPOS) Chirurgien au CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako. Tel : 0022376163981 E-mail : [btdebele@gmail.com](mailto:btdebele@gmail.com)

**RESUME :** Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence des cancers gastriques non résecables, d'analyser les aspects cliniques et thérapeutiques, et d'évaluer le suivi des patients.

**Méthode:** Il s'agissait d'une étude retrospective de janvier 2008, à décembre 2009. Ont été inclus dans l'étude tous les patients reçus, opérés ou non pour cancer l'estomac non résecables dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

**Résultats:** Nous avons recensé 305 cas de cancer de l'estomac avancé, représentant 71,4% des cancers de l'estomac (n=425), 47,8% des cancers digestifs (n=766) et 2,2% des hospitalisations. Le sex ratio était de 1,6 en faveur des hommes, l'âge moyen a été de 57 ans ± 12 avec des extrêmes de 25 et 90 ans. Le délai moyen d'évolution a été de 15,5 mois avec des extrêmes de 7 mois et 5 ans, et un écart-type de 19,2. Quatorze (14) patients soit 4,5% des cas ont été admis dans un contexte d'urgence (8 cas de péritonite par perforation gastrique et 6 cas d'hématémèse).

Les principaux signes retrouvés ont été : Masse épigastrique 187 cas (61,3%), œdèmes des membres inférieurs 105 cas (34,4%), ascite 105 cas (34,4%), hépatomégalie 68(22,3%), ganglions de Troisier 21(7%), écailles de Brumer au toucher rectal 17 cas (6%).

Plus de la moitié des malades 163(53,4%) étaient classés ASA 4, 105(34,4%) ASA 5, et 74(24,2%) ASA 3 ; la tumeur était antrale dans 260 cas (85,2%), cardiaque dans 17 cas (5,5%), fundique dans 11(3,6%), la linitis gastrique dans 17 cas (5,5%).

L'imagerie a objectivé l'ascite dans 119 cas (39%), des métastases hépatiques dans 54 cas (17,7%), pulmonaires dans 36 cas (19%), pancréatiques 5 cas (1,6%), spléniques dans 4(1,3%), et ovariennes dans 3 cas (1%).

105(34,4%) patients n'ont pas été opérés, 4(1,3%) ont subi une chimiothérapie, et 200(65,5%) ont été opérés.

La mortalité a été de 16,5% et la survie à 1 an de 15,5%.

**Mots clés :** Cancers, Estomac, Non résecables.

#### SUMMARY

Our objectives were to determine the frequency of non-resectable gastric cancers, to analyse its clinical, and therapeutic aspects, and to assess patients follow-up.

Method:

Our retrospective study has been from 1st January 2008 to 31st December 2009. It included all patients operated or not having non-resectable gastric cancers at general surgery at CHU Gabriel TOURE

Results: we have recorded 305 cases of advanced gastric cancers, accounting for 71.4% of gastric cancers (n=425), 47.8% of digestive cancers (n=766) and 2.2% of hospitalisations. The sex ratio was 1.6 in men favour; the average age was 57 ± 12 with extremes of 25 and 90. The average evolution delay was 15.5 months with extremes of 5 and 7, and standard deviation 19.2. 14 patients have been admitted in an emergency context. (8 cases of gastric perforation related peritonitis, 6 cases of haematemesis).

The main found signs were: epigastric tumours 187 (61.3%) cases, lower limbs oedema 105 (34.4%) cases, ascitis 105(34.4%) cases, hepatomegaly 68(22.3%), lymphadenopathy « ganglions de Troisier » 21(7%), « écailles de Brumer » (= Brumer's scales) from rectal touch 17(6%) cases

More than half of patients have been classified ASA 4.105(34.4%) ASA 5, and 74(24.2%) ASA 3.

The tumour location was antrum in 260(85.2%) cases

Cardiac orifice in 17(5.5%) cases, fundus in 11(3.6%), the gastric linitis in 17(5.5%) cases.

The imaging has found the ascitis in 119(39%) cases, the hepatic metastases in 54(17.7%) cases, pulmonary in 36(19%) cases, pancreatic 5(1.6%) cases, splenic in 4(1.3%), and ovarian in 3(1%) cases

105(34.4%) patients had no surgery, 4(1.3%) had chemotherapy, and 200(65%) had surgery.

The mortality rate was at 16.5% and the one year survival at 15.5%.

**Key words:** cancer, stomach, non-resectable.

## INTRODUCTION

Le cancer de l'estomac est une tumeur maligne développée aux dépens de l'épithélium gastrique. Dans 90% des cas, il s'agit d'un adénocarcinome, c'est-à-dire une tumeur développée à partir des cellules muqueuses des cryptes et de l'épithélium glandulaire [1-2]. L'incidence mondiale du cancer de l'estomac était de 934.000 nouveaux cas en 2002, occupant ainsi le 4<sup>ième</sup> rang des cancers les plus fréquents et l'une des principales causes de décès liés au cancer, avec 700.349 cas de décès la même année [3, 4].

En Afrique l'incidence continentale en 2002 était de 15/100000 habitants chez l'homme contre 8,5/100000 habitants chez la femme [5].

Au Mali, il est le 2<sup>ième</sup> cancer le plus fréquent de l'homme et le 3<sup>ième</sup> de la femme [6].

Les bénéfices de la radio-chimiothérapie adjuvante sont de plus en plus démontrés [7,8]. et surtout les anticorps anti HER2 dans les adénocarcinomes gastriques ayant un récepteur HER2 [9].

La détection précoce est élevée au Japon grâce à son programme de dépistage systématique. Le pronostic du cancer de l'estomac s'est amélioré, car en 20 ans la survie à 5 ans est passée de 4,8 % à 23 % au Singapour [10].

Cette survie varie avec le stade évolutif. À 5 ans, elle est de 10,7 % pour les cancers avancés et 80 % pour les cancers au stade précoce [11].

Il nous a paru utile de mener cette étude dans le but de déterminer la fréquence des cancers gastriques non résecables service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de ces cancers et d'évaluer le suivi des patients.

## PATIENTS & METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de Janvier 2000 à décembre 2008 réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali). Ont été inclus dans l'étude tous les patients reçus pour cancer l'estomac non résecables, opérés ou non chez qui le diagnostic de cancer gastrique a été confirmé par l'anatomie pathologie dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

Nos supports des données ont été :

- Les dossiers et observations des patients
- Les registres de compte rendu opératoire. Le diagnostic de cancer gastrique a été confirmé par l'examen anatomopathologique des biopsies, soit au cours de l'endoscopie, soit au cours de la laparotomie.
- Nous avons réalisé un suivi des malades avec des visites à domicile.
- La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS et Epi info version 6.0 Fr. Le test de comparaison utilisé a

été le KHI2 (différence statistiquement significative si  $p \leq 0,05$ ).

## RESULTATS

Nous avons recensé 305 cas de cancer de l'estomac avancé, représentant 71,4% des cancers de l'estomac (n=425), 47,8% des cancers digestifs (n=766) et 2,2% des hospitalisations. Le sex-ratio était de 1,6 en faveur des hommes ; l'âge moyen a été de 57 ans  $\pm$  12 avec des extrêmes de 25 et 90 ans. Le délai moyen d'évolution a été de 15,5 mois avec un écart-type de 19,2 et des extrêmes de 7 mois et 5 ans. Quatorze (14) patients soit 4,5% des cas ont été admis en urgence dans un contexte de péritonite par perforation gastrique (8cas) et d'hématémèse (6 cas).

Les principaux signes fonctionnels retrouvés ont été l'épigastrie dans 298(97,7%) cas, l'amaigrissement dans 295 cas (96,7%), les vomissements dans 269 cas (88,2%), le méléna dans 98 cas (32,1%), la dysphagie dans 39 cas (12,8%), et l'hématémèse dans 27 cas (8,8%). Nous avons retrouvé dans les antécédents, 97 fois un ulcère gastrique, 9 fois un polype gastrique, et 5fois une notion de cancer familial.

Tous nos patients (100%) avaient un indice de Karnofsky < 70 ; 84(27,5%) patients avaient des signes de déshydratation et de dénutrition ; 77(25,2%) patients présentaient des signes d'anémie ; 39(12,5%) avaient un ictère ; et 100(34,4%) un œdème des membres inférieurs. Les principaux signes physiques sont représentés dans le tableau 1

Selon la classification ASA : 163(53,4%) malades étaient classés ASA 4, 105(34,4%) ASA 5, et 74(24,2%) ASA 3 ; La tumeur siégeait au niveau de l'antrum dans 260 cas (85,2%), le cardia dans 17(5,5%) cas, le fundus dans 11(3,6%), la limite gastrique dans 17(5,5%) cas. L'aspect macroscopique de la tumeur était ulcéro-bourgeonnant dans 214 cas (70,16%), bourgeonnant dans 54 cas (17,70%), ulcéreux dans 31 cas (10,16%), et infiltrant dans 17 cas (5,5%). L'histologie a retrouvé 283 cas (92,7%) d'adénocarcinome, 11 cas (3,6%) de carcinome, 6 cas (2%) de lymphome à grande cellule B, et 5 cas (1,6%) de tumeur stromale.

Les anomalies retrouvées dans l'échographie abdominale sont représentées dans le tableau 2

A la radiographie pulmonaire, 36 cas (19%) d'images de métastases pulmonaires ont été retrouvées.

Nous avons trouvé que même une chirurgie palliative minimale ne pouvait pas être réalisée chez 105 malades soit 34,4%. Sur les 200(65,5%) autres jugés opérables, une gastro-entéro-anastomose a été réalisée dans 130(65%) cas, une jejunostomie dans 6 cas (3%), une gastrostomie d'alimentation dans 33

cas (16,5%), et une laparotomie avec abstention dans 31 cas (15,5%).

La morbidité a été de 46 cas (23%), marquée par des abcès de paroi dans 10 cas (5%), une fistule digestive dans 23 cas (11,5%), une éviscération dans 11 cas (5,5%), et une phlébite du membre inférieur gauche dans 2 cas (1%). La mortalité a été de 16,5%. La survie était à 6 mois de 32%.

## COMMENTAIRES

Le cancer gastrique avancé pose le problème de prise en charge. IL a été le premier cancer digestif au cours de notre étude avec 305 cas soit 3/4 de nos malades. Nous n'avons pas trouvé de différence significative avec ceux des auteurs Africains comme Ayité au Togo en 2004 avec 77% [12]. Notre résultat est différent de celui de Saito au Japon (10%) [13] et de celui de Glehen, France, 2000 (34%) [14] avec ( $P < 0,005$ ). Cette différence pourrait être liée au diagnostic tardif.

La mise en place d'une politique de dépistage permettrait de réduire le cancer gastrique avancé.

Le cancer de l'estomac n'est pas classiquement une urgence chirurgicale. Mais il peut évoluer vers des complications telles que les hématoméses, la péritonite par perforation gastrique.

Nous avons retrouvé 14 malades (5 %) avec des complications qui ont nécessité une prise en charge en urgence. Ce résultat est nettement inférieur à celui de M PORTA avec 30,4% [15]. Les malades admis aux urgences pour la prise en charge des complications liées au cancer gastrique est un facteur important de mauvais pronostic [15].

Le cancer gastrique avancé est plus fréquent chez les personnes âgées dans toutes les études. L'âge moyen de 54 ans dans notre étude est comparable à celui d'Ozer en Turquie (55,5ans) [16], et de Luis, Mexique (58,8ans) [17]. Il est différent de celui de Bilimoria USA (70ans) [7], et de Glehen France (68,8 ans) [14]. Cette différence avec les auteurs Japonais, Européens et Américains pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population Africaine.

La prédominance masculine a été rapportée par plusieurs auteurs. Le sex ratio 1,6 dans notre étude est similaire à ceux des autres auteurs [18, 14, 19]. Selon Segol [20], cette prédominance masculine serait due à la consommation alcool-tabagique plus fréquente chez le sujet de sexe masculin.

Le temps écoulé entre le début des premiers signes et le diagnostic de la maladie a été long de 15 mois chez nos malades. Ce résultat n'est pas différent de celui de Binan, RCI (14 mois), [21]. Il est différent de ceux des auteurs Italiens, et Britanniques avec respectivement (10,5 ; 9,6 ; 9 mois) [22,23]. Une masse

épigastrique palpable, dans le cancer de l'estomac, signifie un stade avancé de la tumeur dans 65% des cas [20].

La proportion des masses épigastriques palpables chez nos malades et la série Japonaise [18] (61,4 à 83%) est largement supérieure à celles retrouvées dans les séries Japonaises, Européennes et Américaines (14,7-35,2%) [24, 17, 4]. Ceci s'explique par le retard diagnostique.

Dans toutes ces séries [12, 25, 22], l'adénocarcinome a été le plus représenté, 70,1 à 100%. La recherche de récepteur HER 2 n'a pas été faite pour nos cas d'adénocarcinome contrairement à d'autres [9].

Nous avons enregistré 55,4% de traitement palliatif, ce résultat n'est pas différent de celui de Diop [25] au Mali, mais diffère de ceux, de AYITE [12] ( $p < 10^{-6}$ ) au Togo, de Glehen en France [14] et de Huang [26] ( $P < 10^{-6}$ ) en Taiwan. Cette différence avec les auteurs français et japonais pourrait s'expliquer par un diagnostic précoce du cancer à un stade superficiel dans ces pays, ce qui permet d'envisager une guérison totale. Les 31 cas de laparotomie avec abstention montrent les limites du bilan d'extension, pour les patients jugés opérables.

La mortalité postopératoire est surtout liée à l'état nutritionnel et des facteurs de comorbidités telles que les infections pulmonaires, les problèmes cardio-vasculaires en particulier chez le sujet âgé [26].

Elle a varié de 4,2 à 9,9% dans les séries Mexicaines et Taïwanaises [17,26] contre 10 malades (3,8%) dans notre série.

Cette différence peut s'expliquer par le nombre important des stades évolutifs avancés dans notre série.

La survie au cours du cancer gastrique localement avancé est meilleure à celle des cancers gastriques avec des métastases à distance [26]. La chance de survie diminue avec le nombre de site de métastases [26]. La survie était à 6 mois dans notre série de 32%. Ce résultat n'est pas différent de celui de Luis, Mexique 30% [17]. Cependant la survie était à 3 ans au Japon 8,2% [26], M Pocard a eu une survie à trois ans de 30% et à cinq ans de 23% [15]. Cette différence pourrait être liée à l'exérèse de la tumeur primaire que nous n'avons pas effectuée. Des études récentes ont montré que la résection palliative améliore la survie chez les patients de moins de 70 ans si la tumeur est limitée à un site métastatique [27]. Samarasam et al [28] ont trouvé une survie médiane à 24 mois en cas de gastrectomie palliative subtotale et 20 mois dans la gastrectomie palliative totale. Plusieurs études récentes ont montré que la chimiothérapie adjuvante améliore la survie les patients à un stade avancé du cancer gastrique après gastrectomie palliative [26].

## CONCLUSION

Le cancer gastrique est le premier cancer digestif dans notre service, le taux de résecabilité est faible car le diagnostic est tardif, ce qui nécessite une prise en charge des cas de tumeurs non résecables, l'accent doit être mis sur une politique de dépistage comme au Japon. L'adénocarcinome étant le plus fréquemment retrouvé la recherche des récepteurs HER 2 doit être de mise.

## REFERENCES

- 1-MOURA N, FLEJOU J.F.** Cancer de l'estomac : anatomie pathologie. *EMC Gastro-entérologie* 2001; 5(9) : 9-027.
- 2. SOBIN LH, WITTEKIND CEDS.** UICC. TNM classification of malignant tumors. *New-York Wiley-Liss Fifth Edition* 1997;59-62.
- 3-Wang X, Terry PD, Yan H.** Review of salt consumption and stomach cancer risk: Epidemiological and Biological evidence. *World Gastroenterol* 2009;15(18):2204-13.
- 4-Heise H, Bertran E, Marcelo E, Andia ME, Ferreccio C.** Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. *World Gastroenterol* 2009;15 (15):1854-62.
- 5- Roder DM.** The epidemiology of gastric cancer. *Gastric cancer* 2002;5(1): 5-11.
- 6-Traoré CB, Kamaté B, Keita M, Diawara ST, Diarra MT, Sanogo ZZ, Touré A, Bayo S.** Epidémiologie et histopathologie des cancers au Mali. *Carcinol Prat Afrique* 2008 ; 8(1) : 67-71.
- 7- Bilimoria KY, Bentrem DJ, Feinglass JM, Stewart AK, Winchester DP, Talamonti MS et al.** Directing Surgical Quality Improvement Initiative: Comparison of Perioperative Mortality and long-Term Survival for Cancer Surgery. *Journal of Clinical Oncology* 2009;26(21):4626-33.
- 8- Heemskerck VH, Lentze F, Hulsewe KWE, Hoofwijk AGM.** Gastric cancer: review of the results of treatment in a community teaching hospital. *Journal of Surgical Oncology* 2007; 5:81-8
- 9-E. Van Cutsem, Y. Kang, H. Chung, L. Shen, A. Sawaki, F. Lordick, J. Hill, M. Lehle, A. Feyereislova and Y. Bang.** Efficacy results from the ToGA trial: A phase III study of trastuzumab added to standard chemotherapy (CT) in first-line human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-positive advanced gastric cancer (GC) *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27:18.
- 10- Lim GH, Wong CS, Chow KY, Bhalla V, Chia KS.** Trends in Long-term Cancer Survival in Singapore: 1968-2002. *Annual Academy of Medicine Singapore* 2009; 38: 99-105.
- 11- Lazar D, Tâban S, Dema A, Cornianu M, Goldis A, Ratiu I .** Gastric cancer: The correlation between the clinicopathological

factors and Patient's survival (I). *Rom J Morphol Embryol* 2009; 50(1):41-50.

**12- AYITE AE, ADODO K, DOSSEH E, ABITA T, OCLOO A.** Prise en charge du cancer primitif de l'estomac au CHU de Lomé. A propos de 63 cas.

*Tunis Med* 2004; 82(8):747-52.

**13-Saito H, Yoshinori Y, Shunichi T.** Clinicopathologic characteristics of gastric cancer patients who underwent noncurative gastrectomy with long-term survival. *Langenbecks Arch Surg* 2009 394:99-103.

**14- GLEHEN O, TRAVERSE-GLEHEN A, PEYRAT P .** L'adénocarcinome de l'estomac. Evolution du traitement chirurgical dans une série de 350 cas. *Ann Chir* 2000;125:744-51

**15- M Porta.** Cancers gastriques: tout a changé pour les chirurgiens. *Journal de chirurgie viscérale* 2011 ; 148 :1-2

**16-Ozer Ilter, Bostanci Birol Erdal, Umit Koc .** Le Traitement chirurgical du cancer gastrique chez des patients turques de plus de 70 ans : premiers résultats post-opératoire et des facteurs de risque de mortalité. *Langenbeck Archives of surgery* 2010 ; 395 (8) : 1101-1106

**17- Luis F, Guadalupe Mendez-cruz, Roberto Hernandez-RAMOS.** L'expérience de la morbidité opératoire après chirurgie palliative chez les patients souffrant de cancer gastrique, *Japanese Gastric cancer* 2007 ; 10 :215-220

**18- Hiroyuki Naraha, Hiroyasu Lishi, Hiroshi Imamura.** Randomized phase 3 study comparing the efficacy and safety of irinotecan plus S-1 with S-1 alone as first-line treatment for advanced gastric cancer (study GC301/TOP-002). *Springerlink, Gastric Cancer* 2011; 14:72-80

**19- Kim jong Gwang, Ho chung, et yu wansik.** Les progrès récents de la chimiothérapie pour cancer gastrique avancé. *World J Oncol* 2010 ; 15: 2(7): 287-294

**20- SEGOL PH, VERWAERDE JC, FOURNIER J-L .** Notions fondamentales et diagnostiques. *Paris EMC Gastro-entérologie* 1994 ;(10) :19-027.

**21- Binan Y, Adom H, Tanon A.** Cancer Gastrique et helicobacter pylori : Resultats 'un centre d'endoscopie a Abidjan. *Rev.Int.Sc.Med* 2006 ; 8 :23-27

**22- Roberto Biffi, Fazio Nicolo,Fabrizio Luca.** Résultats de la chirurgie après chimiothérapie neoadjuvante a base de docetaxel dans le cancer gastrique localement avancé. *World journal gastroentel* 2010 ; 21(17): 868-874

**23-Macdonald S, U Macleod, NC Campbell.** Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer.

*British journal of cancer* 2006 ; 94: 1272-1280

**24- Blackshaw GRJC, Stephens MR, Lewis WG, Paris HJ, Barry J, Edwards P.** Prognostic significance of acute presentation with emergency complications of gastric cancer. *Gastric cancer* 2004; 7: 91-6.

**25- Traoré-Diop A.K., Ongoiba N., Sako L., Diallo G., Diallo A., Sidibe S., Bayo S., Koumare A.K.** Les cancers dépassés de l'estomac en chirurgie B, hospital du point G a Bamako (1979-1989) *Mali Medical* 1994 ; 9(1)

**26- Kuo-Hung-Hang, Wu Chew-Wun, Wen-Liang Fang .** Resection palliative chez les patients atteints de cancer gastrique non curable. *J Surg mondiale* 2010 ; 34 :1015-1021.

**27- Ozgur Firat ; A. Guler ; M. Sozbilen.** Gastric remnant cancer: an old problem with novel concerns. *Langenbecks Arch Surg* 2009 ; 394: 93-97

**28- Samarasam I, BS Chandran, Sitaram V .** Gastrectomie palliative dans le cancer gastrique avancé. *Anz J Surg* 2006 ; (76):60-63.

**Tableau I :** Les principaux signes physiques

Résultat de l'examen physique	Effectif	Pourcentage
Masse épigastrique	187	61,3
Cedème des membres inférieurs	105	34,4
Hépatomégalie	68	22,3
Ascite	105	34,4
Ganglion de TROISIER	21	7
Ecaille de Brummer (Toucher rectal)	17	6

**Tableau II :** Les lésions retrouvées à l'échographie abdominale

Résultat de l'échographie abdominale	Effectif	Pourcentage
Ascite	119	39
Métastases hépatiques	54	17,7
Envahissement pancréatiques	5	1,6
Métastases ovariennes	3	1
Métastases spléniques	4	1,3
Pas de métastases abdominales	120	39,3